



**Ministère de la Santé  
et des Services sociaux**

**Cadre de développement  
des pratiques préhospitalières**  
**Guide numéro 2**  
**Paramédecine de soins avancés**

## **Rédaction et collaboration**

### Membres :

Michel C. Doré, président  
Caroline Barbir  
André Caron  
Robert H. Desmarteau  
Pierre Guérette  
Anie Samson  
Nadine Seguin  
Serge Tremblay

### Analystes :

Jessica Harrisson  
François Gravel  
Denis Lamothe  
Vanessa Pérugien  
Maxime Robitaille-Fortin

### Administration :

Sabrina Boughlali  
Johanne Chrétien

### Contributions :

Marie-Soleil Tremblay

Le ministère de la Santé et des Services sociaux remercie toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation du présent document.

### Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

**[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca), section Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

### Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021  
Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-88775-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

## Table des matières

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Contexte : historique et état des connaissances en matière de PSA.....</b>	<b>3</b>
1.1 Recommandations des rapports antérieurs favorisant le développement de la PSA	3
1.2 Initiatives en cours .....	3
<b>2. Gouvernance particulière à ce champ pratique .....</b>	<b>5</b>
2.1 Déploiement des activités reliées à la paramédecine de soins avancés .....	5
2.2 Encadrement légal et réglementaire.....	6
2.3 Encadrement clinique et opérationnel.....	6
2.4 Parties prenantes associées à cette pratique.....	7
2.5 Reddition de comptes .....	7
<b>3. Éléments de veille et vigie spécifiques à cette pratique .....</b>	<b>9</b>
<b>4. Éléments spécifiques à prendre en considération dans la planification du projet.....</b>	<b>11</b>
4.1 Nature des soins et interventions .....	11
4.2 Portée de la paramédecine de soins avancés .....	11
4.3 Clientèle cible .....	11
4.4 Prestataires de service .....	12
4.5 Modalités de déploiement .....	12
4.6 Modalités de déploiement de la PSA dans de nouvelles régions .....	13
4.7 Modalités d'affectation .....	14
4.8 Période de service .....	15
4.9 Dimension géographique .....	15
4.10 Ressources requises .....	16
4.11 Éléments d'un plan de communication spécifique à considérer.....	18
<b>Conclusion.....</b>	<b>19</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>21</b>
Annexe 1 - Indicateurs de performance.....	23
Annexe 2 - Exposition clinique minimale.....	29
Annexe 3 - Éléments du plan de communication.....	31
<b>Bibliographie .....</b>	<b>33</b>



## Liste des abréviations

**AETMIS** : Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

**AGESS** : Associations des gestionnaires en établissement de santé et services sociaux

**AQ** : Amélioration de la qualité

**CCS** : Centre de communication santé

**CH** : Centre hospitalier

**CLSC** : Centre local de services communautaires

**CNTSPU** : Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence

**CU 9-1-1** : Centre d'urgence 9-1-1

**DSP** : Direction de la santé publique

**MMO** : Mobilité de la main-d'œuvre

**MSSS** : Ministère de la Santé et des Services sociaux

**PR** : Premier répondant

**PSA** : Paramédecine de soins avancés

**RAC** : Reconnaissance des acquis et des compétences

**RAMQ** : Régie de l'assurance maladie du Québec

**RAO** : Répartition assistée par ordinateur

**RMU** : Répondant médical d'urgence

**SPU** : Services préhospitaliers d'urgence

**TAP** : Technicien ambulancier paramédic (soins primaires)

**TAP-SA** : Technicien ambulancier paramédic en soins avancés



## **Introduction**

La paramédecine de soins avancés (PSA) suscite l'intérêt du système préhospitalier depuis plusieurs décennies. En effet, déjà dans les années 1970, le Collège Dawson formait les premiers « paramédic » au Québec. Plusieurs Québécois ont profité des programmes offerts dans d'autres provinces canadiennes pour obtenir leur formation sans toutefois pouvoir appliquer leur compétence à l'intérieur des services préhospitaliers d'urgence du Québec. À partir de 2001, Urgences-santé a permis à une cohorte de techniciens ambulanciers paramédics (TAP) spécialement formés de travailler dans le cadre d'un projet pilote de soins avancés. Depuis 2016, l'Université de Montréal offre un programme de majeure en soins préhospitaliers pour la formation des techniciens ambulanciers paramédics de soins avancés (TAP-SA).

Les bénéfices de la paramédecine de soins avancés pour les patients présentant des conditions médicales complexes dépendront d'une multitude de facteurs dont la capacité du système à acheminer rapidement les ressources auprès du patient. La disponibilité de l'effectif, le mode de déploiement, les protocoles cliniques, les délais de réponse, les temps de traitement et de transport, l'exposition clinique et le maintien des compétences demeurent encore aujourd'hui sources d'interrogation et entravent le déploiement plus étendu de la paramédecine de soins avancés au Québec.

Bien qu'il puisse sembler urgent de mettre en place la paramédecine de soins avancés partout au Québec, la multiplicité de projets combinée à la rareté des ressources incite à la prudence. La réalisation des projets dans le respect du Cadre de développement des pratiques préhospitalières et du présent guide assure la cohérence et l'efficacité de nos efforts collectifs.

Ce guide constitue avant tout une invitation à proposer diverses occasions d'améliorer la prestation de soins et à soumettre des projets permettant d'en évaluer les retombées.

### **Objectif**

Ce document vise à encadrer le développement, l'implantation et le déploiement de la paramédecine de soins avancés (PSA) au Québec.

### **Portée**

Ce guide s'adresse aux promoteurs et aux autorités régionales désirant renforcer la contribution de la paramédecine de soins avancés dans la chaîne d'intervention préhospitalière.

### **Avis important**

Les éléments contenus dans ce guide complètent et précisent ceux qui sont mentionnés dans le Cadre de développement des pratiques préhospitalières. L'implantation d'un projet de paramédecine de soins avancés doit respecter les orientations prévues dans ces deux documents.





## 1. Contexte : historique et état des connaissances en matière de PSA

La paramédecine de soins avancés représente l'utilisation d'une variété d'approches cliniques (évaluation, techniques et administration de médicaments) complémentaires au champ de pratique des TAP pour la prise en charge préhospitalière de patients présentant des situations cliniquement précaires, voire complexes.

### 1.1 Recommandations des rapports antérieurs favorisant le développement de la PSA

En 2000, le rapport Dicaire, *Urgences préhospitalières : un système à mettre en place*<sup>1</sup>, recommandait déjà « que les initiatives d'instauration des soins avancés se réalisent par l'entremise de projets pilotes à durée limitée, sous l'encadrement du ministère de la Santé et des Services sociaux et fassent l'objet d'une évaluation particulière permettant de démontrer une valeur clinique ajoutée sur le plan de la mortalité et de la morbidité ». (p. 174).

De même, en 2005, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a produit un rapport dans lequel elle encourageait la mise en place de TAP-SA dans un cadre strict : « Il est recommandé que des projets pilotes visant à évaluer l'efficacité, l'efficience et les conditions organisationnelles de l'introduction de protocoles de soins avancés soient mis en place au Québec. » (recommandation n° 2 p. xii)<sup>2</sup>.

Enfin, en 2014, le rapport Ouellet, *Services préhospitaliers : urgence d'agir*<sup>3</sup>, recommandait également « d'adopter une approche rigoureuse, bien documentée et prudente quant à l'implantation des soins avancés, en s'assurant que la stratégie retenue a reçu l'aval des plus hautes instances ministérielles (Recommandation n° 96, p. 114, en lien avec la recommandation 88) ».

### 1.2 Initiatives en cours

Depuis 2000, la Corporation d'urgences-santé opère un projet pilote de PSA. Ce projet régional a pour objectif d'évaluer la faisabilité, la pertinence et la pérennité. En 2016, ce projet a donné naissance à un programme de majeure en soins préhospitaliers d'urgence à l'Université de Montréal.

---

<sup>1</sup> Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence et Dicaire, A. Québec (province). (2000). *Urgences préhospitalières : Un système à mettre en place*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000598/>

<sup>2</sup> AETMIS. (2005). *Introduction des soins médicaux avancés dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec*. Repéré à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/introduction-des-soins-medicaux-avances-dans-les-services-prehospitaliers-durgence-au-quebec.html>

<sup>3</sup> Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence, Québec (province) (Ouellet), ministère de la Santé et des Services sociaux et Bibliothèque numérique canadienne (Firme). (2015). *Services préhospitaliers : Urgence d'agir : rapport du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001029/>



## 2. Gouvernance particulière à ce champ pratique

### 2.1 Déploiement des activités reliées à la paramédecine de soins avancés

Pour favoriser une approche inclusive et de collaboration, le promoteur doit mettre en place un groupe de travail composé minimalement de représentants des organisations suivantes :

- l'autorité préhospitalière régionale,
- le centre de communication santé (CCS) du territoire,
- la pharmacie désignée par l'autorité régionale,
- les organisations ambulancières (incluant des TAP-SA),
- les établissements receveurs de la région.

Les ententes de collaboration devront clairement définir les contributions de chaque organisation :

**L'autorité régionale** assume la responsabilité de l'encadrement opérationnel et clinique du programme. En collaboration avec les organisations ambulancières, l'autorité régionale assure la gestion des informations et des données liées aux indicateurs de performance et les partage avec le MSSS selon les modalités établies. Ensemble, ils veillent à l'optimisation du service en apportant les modifications nécessaires pour atteindre les objectifs de performance ciblés. L'autorité régionale sollicite la contribution des établissements receveurs pour offrir un milieu de formation et d'exposition clinique. Finalement, l'autorité régionale assure la fluidité dans la prestation de soins entre les services préhospitaliers d'urgence (SPU) et les établissements receveurs notamment sur le plan de l'accueil des patients et de la gestion de l'information si celle-ci se veut différente des mesures déjà préexistantes.

**Le MSSS et l'autorité régionale** assurent la formation continue nécessaire au maintien de la compétence des TAP-SA ainsi que celle inhérente au projet.

**L'organisation ambulancière** du territoire desservi assure le déploiement des ressources humaines et la gestion des ressources matérielles requises pour offrir le service. Le service ambulancier fournit le soutien logistique (matériel et médicaments) en collaboration avec l'autorité régionale et la pharmacie désignée. Toujours en collaboration avec l'autorité régionale, les partenaires de travail des TAP-SA collaborent pour assurer le maintien de protocoles opérationnels d'intervention fluides entre les intervenants (TAP, services de police, d'incendie et de PR).

Le CCS assure la prise d'appels et la gestion des demandes conformément aux protocoles d'affectation des TAP-SA en vigueur. Les CCS contribuent également à la gestion des données pour les indicateurs<sup>4</sup> de performance.

## 2.2 Encadrement légal et réglementaire

La pratique de la PSA s'inscrit dans un cadre légal et réglementaire notamment :

- la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2),
- le règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence,
- la Loi médicale (chapitre M-9),
- la Loi sur la santé et les services sociaux (chapitre S-4.2),
- le Code des professions.

## 2.3 Encadrement clinique et opérationnel

L'encadrement clinique et opérationnel de la PSA est assuré par :

- l'autorité régionale,
- le MSSS,
- l'organisation ambulancière,
- les protocoles cliniques,
- le soutien médical à distance,
- les ordres professionnels.

L'autorité régionale, en collaboration avec un établissement receveur, assure un service de soutien médical à distance en tout temps en présence de TAP-SA actifs sur la route. L'autorité régionale doit maintenir un programme d'amélioration de la qualité afin d'assurer un haut standard de soins. Un échantillon des cas cliniques fera l'objet d'une révision pour assurer l'amélioration de la pratique. Pour assurer un système qui évolue constamment vers une sécurité accrue pour les patients, un concept de culture juste<sup>5</sup> devra s'appliquer lors de la mise en place du processus d'amélioration de la qualité<sup>6</sup> Une autorité régionale peut établir une entente d'assistance ou de collaboration avec une autre

---

<sup>4</sup> Un indicateur représente une mesure quantitative ou qualitative qui sert à évaluer ou à apprécier les résultats, l'utilisation des ressources, l'état d'avancement des travaux, l'atteinte d'une cible ou d'un objectif. (Voyer, P. (1999). *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*. Presses de l'Université du Québec, 2e édition, 446)

<sup>5</sup> **Définition d'une culture juste en matière de sécurité** : Dans une culture juste en matière de sécurité, les dirigeants et tous les membres du personnel s'engagent à prodiguer aux patients les soins les plus sécuritaires possible. Il y a un engagement commun de tirer des leçons des événements indésirables et des accidents évités de justesse afin d'apporter des améliorations. Les intérêts des patients et des professionnels de la santé sont protégés. Association Canadienne de Protection Médicale (ACPM). (2010). *Une culture juste en matière de sécurité*. Repéré à : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2010/just-culture-of-safety-why-protecting-quality-improvement-reviews-is-important-for-everyone>

<sup>6</sup> Boysen P. G., 2<sup>nd</sup> (2013). « *Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety*. » The Ochsner journal, 13(3), 400-406. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776518/>

région qui détient un service de PSA pour l'amélioration de la qualité de l'acte, le support médical et la gestion des données cliniques.

En plus du processus d'amélioration de la qualité, l'autorité régionale assure une surveillance des indicateurs de performance et de sécurité pour les patients à partir des données standardisées extraites des rapports préhospitaliers (rapports informatiques AS803-AS810). L'annexe 1 propose une méthode pour évaluer les performances basées sur les recommandations du Collège des médecins du Québec (2013)<sup>7</sup>. L'autorité régionale fournit trimestriellement au MSSS les données pour fin de comparaison et d'analyse dans le processus d'évaluation des projets ou programmes.

## 2.4 Parties prenantes associées à cette pratique

Les parties prenantes à ce champ de pratique incluent au niveau:

- local : les CCS, les organisations ambulancières, les centres hospitaliers, les autres organisations de premiers répondants (services de police, services d'incendie),
- régional : l'autorité régionale, les établissements d'enseignement, les associations patronales et syndicales, l'AGESSS,
- national :
  - le MSSS,
  - les ordres professionnels (médecins, infirmières, pharmaciens),
  - les associations représentant les professionnels de la santé.

Lors de la conception du projet, le promoteur identifiera l'ensemble des parties prenantes concernées et précisera leurs contributions.

## 2.5 Reddition de comptes

La mise en place de la PSA s'exerce d'abord au bénéfice des patients et ensuite au bénéfice du réseau de la santé. Pour assurer ces éléments, il importe d'évaluer la pertinence et la performance en matière de :

- conformité des interventions aux situations cliniques,
- encadrement clinique des TAP-SA,
- complications dues aux activités de la PSA,
- couverture et disponibilité des TAP-SA,
- temps de réponse, d'interventions et annulation des demandes de TAP-SA.

L'annexe 1 fournit la liste d'indicateurs cliniques et opérationnels minimaux pour répondre aux cinq éléments mentionnés ci-dessus.

---

<sup>7</sup> Collège des médecins du Québec. 2013. *L'évaluation de l'acte médical*. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf>. Consulté le 8 octobre 2020.

L'autorité régionale qui désire déployer la PSA dans sa région sociosanitaire doit superviser étroitement le déploiement et la gestion du projet. Pour ce faire, elle recueille et analyse les données permettant d'assurer un suivi des performances des services de PSA. Il appartient à l'autorité régionale d'apporter des correctifs en fonction des résultats des indicateurs de performance qui n'atteindraient pas une cible fixée par le MSSS.

Le MSSS effectuera périodiquement le suivi des résultats de performance et s'assurera de l'application des mesures correctrices, le cas échéant. Le partage de ces informations bénéficiera au MSSS ainsi qu'à l'ensemble des autorités régionales offrant un service de PSA afin de contribuer à l'apprentissage et à l'optimisation harmonisée du système.

### **3. Éléments de veille et vigie spécifiques à cette pratique**

Le MSSS, en collaboration avec les autorités régionales, les CCS et les organisations ambulancières, maintient une veille des données scientifiques et des pratiques préhospitalières exemplaires en paramédecine de soins avancés afin de maximiser les bénéfices ainsi que la sécurité des patients. Cette veille permet de moduler les soins permis aux TAP-SA pour répondre aux plus hauts standards. La démonstration du bénéfice de la paramédecine de soins avancés doit permettre aux TAP-SA d’offrir les meilleurs soins requis par les personnes en détresse. Cette veille interne permettra aussi les ajustements nécessaires à l’optimisation des performances du système préhospitalier tant sur le plan clinique que sur le plan opérationnel.





## 4. Éléments spécifiques à prendre en considération dans la planification du projet

### 4.1 Nature des soins et interventions

Les types de soins autorisés dans le cadre de la PSA incluent minimalement l'ensemble des protocoles autorisés par le MSSS pour cette pratique<sup>8</sup>.

### 4.2 Portée de la paramédecine de soins avancés

Le domaine préhospitalier en général demeure peu étudié dans la littérature scientifique<sup>9</sup>.

Comme démontré dans les autres provinces canadiennes, la mise en place de la PSA au Québec peut apporter plusieurs bénéfices, notamment :

- l'augmentation de la prestation de soins aux patients;
- l'administration précoce de certains médicaments/traitements dans des situations chronodépendantes;
- un soulagement accru des symptômes des patients;
- une réduction accrue de la mortalité et de la morbidité en milieu préhospitalier;
- une meilleure accessibilité des soins par la participation au sein d'équipes spécialisées (ex. : aéromédicales).

Le nombre actuellement limité de TAP-SA au Québec constitue une contrainte à la démonstration des bénéfices systémiques de la PSA. Il importe donc de considérer cette limitation dans la collecte de données tant dans la perspective clinique qu'opérationnelle.

### 4.3 Clientèle cible

La PSA s'adresse particulièrement aux patients présentant des situations médicales précaires, critiques ou complexes.

---

<sup>8</sup> Corporation Urgences-santé. (2018) *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics en soins avancés*. Repéré à : <https://www.urgences-sante.qc.ca/direction-medicale-nationalespu/techniciens-ambulanciers-paramedics/soins-avances/>

<sup>9</sup> Lerner, E. B., Weik, T. and Edgerton, E. A. (2016). « *Research in Prehospital Care: Overcoming the Barriers to Success.* » *Prehospital emergency care: official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 20(4), 448-453. <https://doi.org/10.3109/10903127.2014.980480>

#### 4.4 Prestataires de service

Les TAP-SA fournissent le service.

##### Critères de compétences

Se référer au règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence, section IV, articles 10 et 11 (D. 26-2012, a. 10; D.26-2012, a. 11).

##### Type et cheminement de formation

Depuis septembre 2016, l'Université de Montréal offre un programme de majeure en soins préhospitaliers d'urgence avancés. À ce jour, trois cohortes ont obtenu leurs diplômes et opèrent exclusivement sur le territoire desservi par Urgences-santé.

Il existe deux autres processus pour l'inscription des TAP-SA diplômés hors Québec au registre national :

1. La reconnaissance des acquis et des compétences (RAC)<sup>10</sup> s'adresse aux TAP qui ont complété une formation de PSA reconnue par l'Association médicale canadienne. Ce programme offert par l'Université de Montréal permet d'acquérir les crédits manquants pour l'obtention du diplôme de majeure en SPA.
2. La mobilité de la main-d'œuvre (MMO)<sup>11</sup> permet aux TAP-SA diplômés qui détiennent de l'expérience de travail dans une autre province de bénéficier d'une reconnaissance pour être inscrit au registre national après avoir complété une formation de mise à niveau spécifique.

#### 4.5 Modalités de déploiement

L'implantation des TAP-SA doit s'effectuer de manière progressive en s'assurant de maintenir une collecte de données qui permettra l'évaluation d'indicateurs de performance cliniques et opérationnels et de déterminer le rapport coût-bénéfice (tel que recommandé par les rapports de Dicaire 2000 et de l'AETMIS 2005).

Le déploiement des TAP-SA sur le terrain répond en priorité aux appels urgents/critiques déterminés par le CCS. Cependant, les TAP-SA pourraient répondre à d'autres besoins dans le cadre de projets spécifiques :

---

<sup>10</sup> Université de Montréal. (aucune date). Majeure en soins préhospitaliers d'urgence avancés. Repéré à : <https://admission.umontreal.ca/programmes/majeure-en-soins-prehospitaliers-durgence-avances/>

<sup>11</sup> Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (aucune date). Mobilité des techniciens ambulanciers paramédicaux. Repéré à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/mobilite-de-la-main-d-oeuvre/>

- services en régions éloignées,
- transferts interétablissements,
- interventions paramédicales au sein d'équipes spécialisées,
- interventions en milieu communautaire.

#### 4.6 Modalités de déploiement de la PSA dans de nouvelles régions

Les autorités régionales déterminent le territoire desservi ainsi que les balises pour les temps/distances de réponse jugés raisonnables. Ceux-ci devront aussi déterminer les modalités par lesquelles les TAP-SA peuvent assister une équipe de TAP.

La dotation en personnel de TAP-SA rencontre des défis notables (faible nombre de diplômés, rareté des ressources TAP-SA inscrites au registre, attraction des ressources existantes dans de nouvelles régions). Dans ce contexte, l'autorité régionale doit établir un plan de déploiement permettant la mise en place des mesures opérationnelles et cliniques tout en optimisant la contribution des TAP-SA recrutés.

La mise en œuvre de la PSA exige la réalisation des mesures décrites ci-dessus et la disponibilité d'un minimum de quatre TAP-SA afin d'assurer un service sept jours sur sept. Ce nombre devra croître pour atteindre les cibles de l'autorité régionale qui visent à assurer une présence significative sur le terrain.

En attendant de satisfaire aux conditions de mise en œuvre, les TAP-SA recrutés peuvent contribuer :

- aux mesures de mise en place,
- au soutien clinique à distance pour les TAP,
- à la formation,
- à l'amélioration de la qualité de l'acte des soins primaires,
- au triage secondaire,
- à la co-évaluation,
- à des projets de paramédecine communautaire,
- à des stages de maintien des compétences.

#### 4.7 Modalités d'affectation

L'affectation des équipes TAP-SA se conforme aux protocoles provinciaux. Ainsi, les CCS les affectent prioritairement suivant une demande de TAP déjà déployés sur les lieux d'une affectation. En deuxième lieu, ils sont affectés sur les priorités 0 identifiées comme étant spécifiques à une réponse nécessaire en soins avancés<sup>12</sup>. Finalement, les TAP-SA peuvent s'auto-affecter sur les appels pouvant nécessiter des interventions propres à leur champ de compétence. Les organisations ambulancières et l'autorité régionale devront s'assurer d'impliquer les TAP-SA dans l'atteinte des objectifs de réponse à la population notamment en les informant des statistiques liées à leur prestation de service.

Les TAP sur les lieux pourront annuler l'équipe TAP-SA avant son arrivée selon les critères établis par le MSSS, notamment en l'absence d'instabilité hémodynamique<sup>13</sup>.

La réponse privilégiée s'effectue à bord d'un véhicule d'urgence d'intervention rapide occupé par deux TAP-SA. Ce véhicule exclut le transport de patients. Pour répondre à des besoins spécifiques identifiés dans une région, un mode d'affectation différent pourrait être proposé lors de l'élaboration d'un projet de déploiement.

Les bénéfices documentés de l'approche avec deux TAP-SA incluent :

- la présence de deux praticiens pour accomplir des gestes avancés en simultané lors des situations les plus critiques;
- le maintien d'une approche visant l'analyse de la situation dans son ensemble, l'interprétation des faits et l'anticipation des étapes à suivre (*situational awareness*)<sup>14,15</sup>, ce qui augmente les performances<sup>16</sup>;
- la validation possible de l'approche et de la prise de décisions par un pair, ce qui augmente la sécurité pour le patient;
- la surveillance clinique accrue pendant les périodes où le TAP-SA doit communiquer avec le soutien médical à distance;

---

<sup>12</sup> P0 : priorité présentant le plus haut niveau d'urgence (survie menacée).

<sup>13</sup> Cone, D. C. and Wydro, G. C. (2001). « *Can basic life support personnel safely determine that advanced life support is not needed?* » Prehospital emergency care: official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors, 5(4), 360-365. <https://doi.org/10.1080/10903120190939517>

<sup>14</sup> Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2011. *Situational Awareness and Patient Safety*. Repéré à : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/search-e?N=10000001+4294967289+10000016&Ns=WCS.Title%7C1>

<sup>15</sup> Mercer, S., Park, C., Tarmey, NT. (2015). « *Human factors in complex trauma* » *BJA Education* », volume 15, issue 5, October 2015, pages 231-236, <https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mku043>

<sup>16</sup> LeBlanc V. R. (2009). « *The effects of acute stress on performance: implications for health professions education.* » *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 84 (10 Suppl.), S25-S33. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b37b8f>

- le mentorat et la discussion suivant les appels permettant l'autocritique, l'apprentissage et l'optimisation des performances;<sup>17</sup>
- la diminution de la fatigue mentale et du stress en partageant la charge cognitive avec un pair.

#### 4.8 Période de service

Un service de soins préhospitaliers d'urgence avancés doit assurer une couverture en PSA 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Pour les premières années du projet, le nombre réduit de TAP-SA disponibles dans certaines régions peut limiter l'atteinte de cet objectif. Dans une telle situation, l'offre de paramédecine de soins avancés doit assurer une couverture sept jours sur sept sur une plage horaire fixe afin de faciliter la régulation des demandes et l'évaluation du service.

Il convient de s'assurer de déployer le service en priorisant les périodes de la journée où les bénéfices aux patients sont les plus grands (volume d'appel de priorité 0 et 1) ou pour optimiser l'accessibilité aux soins en complémentarité avec les autres ressources du réseau (CLSC, dispensaire, clinique). Ces périodes devraient être établies pour chacune des régions souhaitant déployer la PSA. L'accroissement du nombre de TAP-SA dans les années à venir permettra, à terme, l'atteinte de l'objectif 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

#### 4.9 Dimension géographique

**Les régions urbaines** à forte densité de population bénéficient d'un nombre d'appels important augmentant l'exposition clinique potentielle des TAP-SA. Une exposition clinique minimale demeure importante pour le maintien des compétences des TAP-SA<sup>18</sup>. Pour cette raison, les centres urbains s'avèrent particulièrement intéressants pour la mise en place d'un service de PSA ainsi que d'un programme de stage/formation pour les TAP-SA.

**Les régions semi-urbaines ou rurales** comportent des temps de transport plus longs et permettent donc une intervention préhospitalière avancée plus complète avant l'arrivée à l'établissement receveur. Cette situation favorise un gain clinique plus grand pour le patient<sup>19</sup>. Cependant le volume d'interventions généralement plus faible dans ces régions, affecte l'exposition clinique du TAP-SA ce qui peut réduire le bénéfice pour le patient. De

---

<sup>17</sup> Dyson, K., Bray, J. E., Smith, K., Bernard, S., Straney, L. and Finn, J. (2016). « *Paramedic Exposure to Out-of-Hospital Cardiac Arrest Resuscitation Is Associated With Patient Survival.* » *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 9(2), 154-160. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.115.002317>

<sup>18</sup> Dyson, K., Bray, J. E., Smith, K., Bernard, S., Straney, L. and Finn, J. (2016). « *Paramedic Exposure to Out-of-Hospital Cardiac Arrest Resuscitation Is Associated With Patient Survival.* » *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 9(2), 154-160. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.115.002317>

<sup>19</sup> Sasson, C. and Haukoos, J. S. (2015). « *Is Prehospital Advanced Life Support Harmful?* » *Annals of Internal Medicine*, 163(9), 721-722. doi:10.7326/M15-2192

plus, un volume d'appels plus faible signifie un taux d'occupation moindre ce qui diminue aussi le rapport coût-bénéfice à moins de diversifier l'implication des TAP-SA dans le réseau de la santé.

**Les régions isolées** pourraient permettre aux TAP-SA de contribuer dans un contexte différent de la réponse exclusive aux appels du CCS (ex. : dispensaire, urgences régionales, postes de secours, etc.). Dans le cadre d'un projet de déploiement spécifique, ceux-ci pourraient apporter une expertise de prise en charge de la clientèle instable en assistance à l'équipe du dispensaire. Conscients des défis de ressources et d'accessibilité, les TAP-SA pourraient compléter les ressources en place tout en maintenant une disponibilité pour répondre prioritairement aux appels du CCS. Les projets en lien avec des rotations en milieux éloignés devront bénéficier d'une analyse et d'une organisation particulière pour assurer le service ainsi que l'exposition clinique et la formation continue nécessaire au maintien des compétences.

Pour chacune des situations, il existe des avantages et des inconvénients au déploiement de la PSA. Il apparaît raisonnable de déployer des TAP-SA dans toutes les régions qui démontrent la capacité de soutenir ce niveau de soins selon les standards établis dans le présent document. Les TAP-SA pratiquant dans une région avec un faible volume d'appels doivent compenser en participant au programme provincial de formation continue afin de maintenir les normes de pratique. Dans cette optique, les TAP-SA pourront assurer leur exposition clinique à l'aide de stages en milieux de soins autres (urgence, bloc opératoire, soins intensifs) et utiliser les technologies de simulation haute-fidélité pour maintenir leur expertise<sup>20</sup>. L'annexe 2 dresse une liste d'exposition clinique minimale requise.

Les régions ayant un faible volume d'appels doivent diversifier leur pratique, avec l'approbation du MSSS, afin de maintenir un niveau d'occupation adéquat (exemples : soutien à la régulation, paramédecine communautaire, formation des pairs, appui aux urgences régionales, etc.).

#### 4.10 Ressources requises

##### Ressources humaines

La région doit posséder un nombre suffisant de TAP-SA pour assurer prioritairement une présence sept jours sur sept à des plages horaires stables, puis une couverture 24 heures sur 24. L'effectif devra prévoir les remplacements pour les absences (formation continue, congés, vacances).

---

<sup>20</sup> Dyson, K., Bray, J. E., Smith, K., Bernard, S., Straney, L. and Finn, J. (2016). « *Paramedic Exposure to Out-of-Hospital Cardiac Arrest Resuscitation Is Associated With Patient Survival.* » *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 9(2), 154-160. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.115.002317>

En raison du rôle spécifique au sein du service ambulancier, les TAP-SA devront faire partie d'une liste d'ancienneté et de disponibilité ou de postes différente de celle des TAP.

Dans certains cas particuliers, le TAP-SA pourrait être assisté d'un TAP au lieu d'un deuxième TAP-SA. Dans ce cas de figure, au moment de soumettre son projet le promoteur doit prévoir :

- la formation détaillée que recevront les TAP-assistants pour leur permettre d'intervenir en assistance aux TAP-SA;
- la liste détaillée des tâches de travail attendues pour le TAP-assistant;
- le processus d'affectation des postes des TAP-assistants;
- une lettre d'entente entre le syndicat régional et l'entreprise en lien avec la gestion des affectations spéciales des TAP-assistants;
- les modalités de remplacement d'un TAP-assistant absent;
- un plan et un engagement d'assurer la formation des TAP-assistants pour maintenir les compétences nécessaires à leur affectation suivant des changements aux champs d'interventions des TAP-SA.

### Ressources technologiques

Il convient notamment de prévoir :

#### Au niveau opérationnel

- outil de radiocommunication,
- RAO permettant la consultation des appels 9-1-1 de la région (interface superviseur) et permettant d'être affectée sur des appels par le CCS,
- technologie de rédaction de rapports préhospitaliers informatique,
- téléphone cellulaire,
- technologie de télémédecine selon les besoins régionaux.

#### Au niveau clinique

- moniteur défibrillateur permettant la défibrillation manuelle, la cardioversion et la stimulation cardiaque transcutanée,
- pompe volumétrique et pousse-seringue,
- thermomètre,
- équipements incluant des mannequins de simulation, permettant la pratique de tous les gestes techniques permis aux TAP-SA,
- l'acquisition de vidéolaryngoscope devrait être considérée<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Bjoernsen, L. P. et Lindsay, B. (2009). « *Video laryngoscopy in the prehospital setting.* » *Prehospital and disaster medicine*, 24(3), 265-270. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00006919>

### **Ressources financières**

Le financement s'effectue au moyen de l'enveloppe budgétaire allouée aux autorités régionales, lesquelles assurent la redistribution avec les organisations ambulancières. Les dépenses à considérer incluent, notamment :

- la rémunération des TAP-SA,
- les véhicules d'intervention,
- l'équipement technologique, clinique et opérationnel,
- la médication,
- la formation continue,
- le soutien médical à distance,
- l'amélioration de la qualité de l'acte.

Le déploiement de la PSA doit s'accompagner d'une évaluation du rapport coût-bénéfice.

#### **4.11 Éléments d'un plan de communication spécifique à considérer**

Le plan de communication associé au déploiement de la PSA doit cibler le public, les partenaires internes et externes aux SPU. Des éléments de communications, spécifiques à chaque auditoire, sont disponibles à l'annexe 3.



## Conclusion

Dans un contexte où chaque minute compte, les patients présentant des conditions cliniques précaires ou complexes tirent profit de soins administrés rapidement par des TAP-SA. Le défi consiste à réunir les conditions optimales permettant d'atteindre cet objectif. La disponibilité des ressources, le déploiement de l'effectif, les modes d'affectation influencent grandement la mise en place de la paramédecine de soins avancés partout au Québec.

Dans ce contexte, il importe d'optimiser le recours aux paramédics de soins avancés disponibles, au sein du service ambulancier, en poste de soins et en établissement. Il s'avère essentiel de documenter les retombées des différentes approches afin d'abord d'en maximiser les bénéfices aux patients et ensuite de contribuer à l'offre de services du réseau de la santé.

La paramédecine de soins avancés suscite l'intérêt de plusieurs partenaires pour différents projets de déploiement. Il convient d'élaborer et d'expérimenter ces nouvelles approches de manière harmonisée et efficiente. La réalisation des projets en conformité avec le Cadre de développement des pratiques et le présent guide favorisent un renforcement de la culture préhospitalière au Québec.

Le Ministère souhaite mobiliser le milieu préhospitalier et les partenaires du réseau de la santé à concerter leurs efforts afin d'optimiser le déploiement de la paramédecine de soins avancés contribuant à assurer à chaque usager l'accès aux soins et services nécessaires à sa condition tout en préservant la disponibilité des ressources d'urgence pour les demandes vitales.



## Annexes



## Annexe 1 - Indicateurs de performance

### Indicateurs de performance cliniques

#### Critères implicites

Les études par critères implicites permettent d'avoir un regard d'ensemble sur le dossier d'un épisode de soins. La lecture du dossier selon l'ordre chronologique des événements doit permettre au réviseur d'évaluer la qualité des soins à la lumière des normes de pratique en vigueur au moment et dans le contexte où les soins ont été effectués<sup>22</sup>. Une grille d'évaluation par critères implicites doit être utilisée (voir modèle en figure 1).

Les situations suivantes doivent faire l'objet d'une évaluation par critères implicites :

- tout arrêt cardiorespiratoire (ACR) ou décès non attendu suivant la prise en charge préhospitalière;
- tout patient qui a présenté une ou des complications suivant un traitement administré en préhospitalier;
- à la suite d'une plainte d'ordre clinique;
- un échantillon d'un minimum de 5 % des interventions effectuées par les TAP-SA (interventions ciblées par thématique ou aléatoires selon les besoins);
- toute situation ou tout traitement jugés exceptionnels ou à haut risque par le MSSS ou l'autorité régionale (exemple : cricothyroïdectomie chirurgicale).

L'indicateur de performance clinique peut être mesurable en pourcentage. Elle compare l'élément pertinent de l'indicateur par rapport au nombre total de fois où l'indicateur est évalué. Un taux de conformité de 100 % est recherché, et la cible minimale à atteindre est de 95 % notamment pour :

- la qualité de l'information au dossier,
- l'absence de facteurs évitables ayant mené à une complication,
- l'absence de préjudice évitable,
- la présence d'une amélioration ou d'une stabilité dans la condition clinique médicale ou mentale du patient,
- l'absence de détérioration dans la condition clinique médicale ou mentale du patient,
- l'absence d'éléments de non-conformité aux directives en vigueur pouvant contribuer à des complications cliniques du patient.

---

<sup>22</sup> Collège des médecins. (2013). *L'évaluation de l'acte médical*. Repéré à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf>

**Figure 1 - Grille d'analyse par critères implicites**

Service préhospitalier :	Réviseur :
Nom du patient :	Prénom du patient :
Date de naissance :	Âge :
	N° RAMQ :
Date d'intervention :	
Dossier CCS :	Code clinique :
Matricules des TAP/TAP-SA concernés :	
Raison(s) justifiant l'étude de ce dossier :	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
Diagnostic(s) hospitalier(s) :	

<b>QUALITÉ DE L'INFORMATION AU DOSSIER</b>		
<input type="checkbox"/> Insuffisante	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Très bonne

<b>FACTEURS AYANT CONTRIBUÉ À UNE COMPLICATION DE L'ÉVÉNEMENT OU AU DÉCÈS</b> <input type="checkbox"/> S.O.		
Évaluation clinique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Choix des examens et interprétation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Choix des traitements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Délai inapproprié dans les traitements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Équipement/matériel utilisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Protocole/procédure de soins	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Erreur humaine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Communication entre les intervenants	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

<b>PRÉJUDICES DÉCOULANT D'UN ACTE MÉDICAL QUI AURAIENT PU ÊTRE ÉVITÉS</b> <input type="checkbox"/> S.O.		
Des souffrances physiques ou morales	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Une prolongation probable du séjour en milieu hospitalier	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Une invalidité à moyen ou à long terme	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Un décès	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

<b>ÉLÉMENTS DE NON-CONFORMITÉ POUVANT CONTRIBUER À DES COMPLICATIONS CLINIQUES POUR LE PATIENT (processus d'amélioration de la qualité de l'acte)</b>		
Évaluation clinique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Choix des examens et interprétation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Choix des traitements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Détérioration à la suite de l'administration d'un traitement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Délai inapproprié dans les traitements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Conformité pour l'équipement/matériel utilisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Respect des protocoles/procédures de soins	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Erreur humaine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

<b>SUIVI DE L'ÉTAT DU PATIENT</b>
<input type="checkbox"/> Amélioration
<input type="checkbox"/> Détérioration
<input type="checkbox"/> Absence de changement

<b>COMMENTAIRES GÉNÉRAUX ET CONCLUSIONS</b>
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

<b>RÉTROACTIONS ET RECOMMANDATIONS</b>
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

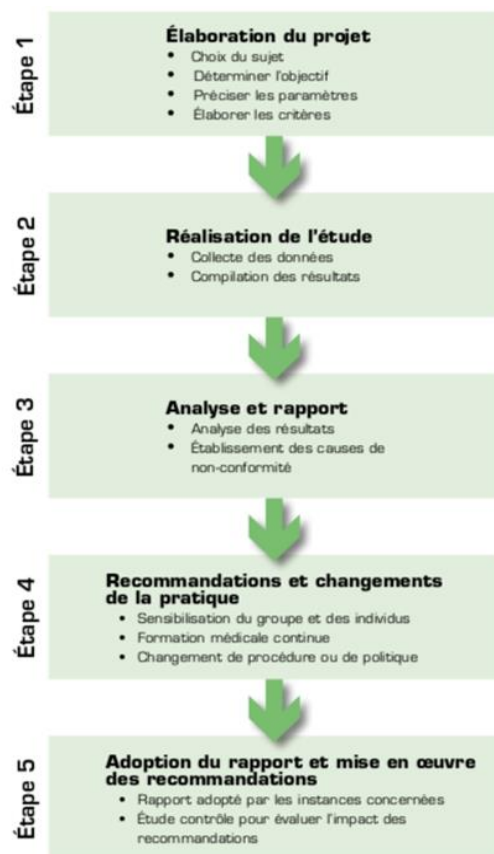
Le dossier requiert une évaluation supplémentaire ou l'évaluation complet de l'épisode de soin (dossier hospitalier)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Signature du réviseur :		
Date :		
Rétroaction donnée aux TAP-SA concernés :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

## Critères explicites

Les études par critères explicites représentent probablement une des meilleures façons de mesurer la qualité des soins. Il s'agit d'une approche qui permet l'évaluation objective des soins. Elle consiste en une méthode d'appréciation de la qualité des soins en fonction d'une norme scientifiquement reconnue ou d'un consensus. Par exemple, l'analyse de l'évolution clinique des patients traités pour un ACR tout au long de la chaîne de survie (Utstein) ou encore la démarche de suivi provinciale sur les patients qui subissent un infarctus aigu du myocarde (IM Québec) sont des exemples concrets déjà en place dans le système.

Selon les besoins et les orientations du MSSS et/ou de l'autorité régionale, des analyses par critères explicites devront être effectuées avec l'objectif d'améliorer de façon notable les soins aux patients pour certaines pratiques spécifiques. Les constats devront être partagés dans le réseau afin de contribuer à l'amélioration globale de la qualité de l'acte sur le plan national. La figure 2 illustre le déroulement d'une étude par critères explicites.

Figure 2. Déroulement d'une étude par critères explicites<sup>23</sup>



<sup>23</sup> Collège des médecins. (2013). *L'évaluation de l'acte médical*. Repéré à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf>



### **Évaluation des données opérationnelles**

Sur le plan opérationnel, il convient de collecter des données pour juger de l'efficacité et du rapport coût/service/bénéfice de la PSA dans une région donnée. Notamment, les données suivantes doivent être colligées :

#### **Le nombre quotidien :**

- d'affectations auxquelles on a répondu en paramédecine de soins avancés;
- d'heures de couverture par unité de soins avancés.

#### **Le nombre et le pourcentage :**

- d'affectations auxquelles on a répondu suivant une demande d'assistance par les TAP, d'une affectation par le CCS ou suivant une autoaffectation des TAP-SA;
- d'affectations annulées avant l'arrivée ou après l'arrivée sur les lieux;
- de situations où le TAP-SA administre des soins au patient avant de transférer la responsabilité aux TAP;
- d'affectations avec accompagnement du patient jusqu'au centre receveur;
- d'appels de nature adulte (>16 ans); et pédiatrique (<16 ans);
- d'appels nécessitant un support médical à distance;
- d'appels avec demande de support médical sans réponse téléphonique du médecin;
- d'interventions avec une complication suivant un traitement (autodéclarée ou retrouvée à l'amélioration de la qualité).

#### **Le taux en pourcentage :**

- de conformité en ce qui concerne la formation continue minimale annuelle pour chaque TAP-SA actif au registre.

#### **Le temps moyen :**

- sur les lieux de prise en charge,
- pour arriver sur les lieux de prise en charge,
- au CH avant la remise en disponibilité,
- pour un appel complet.

Remarque : La liste n'est pas exhaustive et pourrait être modulée en fonction des besoins du MSSS, du projet spécifique et du développement de la pratique.



## Annexe 2 - Exposition clinique minimale<sup>24,25</sup>

Le promoteur du projet de PSA et l'autorité régionale doivent s'assurer que chaque PSA maintient l'exposition clinique minimale pour le maintien des performances. Si le TAP-SA n'est pas en mesure d'atteindre les objectifs d'exposition déterminés, ceux-ci peuvent compenser en effectuant des simulations ou du mentorat en milieu clinique. Un registre de l'exposition clinique doit être maintenu pour chaque TAP-SA, et les interventions cliniques en simulation doivent être cosignées par un pair, le mentor ou le TAP-SA instructeur qui dirige la simulation.

### Trimestrielle :

Un minimum de 24 interventions nécessitant des soins avancés spécifiques aux TAP-SA (au-delà de la mise en place d'une canule intraveineuse).

### Biannuelle :

- 1 laryngoscopie adulte, pédiatrique et néonatale (intubation ou désobstruction),
- 1 installation d'intraosseuse,
- 1 cricothyroïdotomie chirurgicale,
- 1 décompression pleurale,
- 1 cardioversion électrique,
- 1 stimulation cardiaque transcutanée incluant les notions de sédation procédurale.

### Annuelle :

Formation annuelle selon les exigences de l'autorité régionale et celle du provincial (MSSS).

---

<sup>24</sup> Gawron, V. (2019). *The Doing—A Review of the Skill Retention Research*. Repéré à <https://www.mitre.org/sites/default/files/pdf/pr-16-3426-lessons-lost-the-doing-review-skill-retention-research.pdf>

<sup>25</sup> Yang, C. W., Yen, Z. S., McGowan, J. E., Chen, H. C., Chiang, W. C., Mancini, M. E., Soar, J., Lai, M. S. and Ma, M. H. (2012). « A systematic review of retention of adult advanced life support knowledge and skills in healthcare providers. » *Resuscitation*, 83(9), 1055-1060. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.02.027>



### Annexe 3 - Éléments du plan de communication

Éléments	Clientèle cible*
Différences entre la prestation de soins des TAP et celle des TAP-SA	Tous
Bénéfices attendus de l'implantation de la PSA	Tous
Information sur la formation générale nécessaire pour devenir TAP-SA	Tous
Information sur le rôle général que joue un TAP-SA dans la chaîne de réponse préhospitalière	Tous
Information brève sur l'historique et l'état de la situation dans les autres provinces canadiennes	Tous
Information sur le mode de déploiement opérationnel des TAP-SA dans la région	Tous
Information sur les situations cliniques qui pourraient bénéficier de la présence de TAP-SA.	Tous
Comment reconnaître les TAP-SA sur le terrain	Tous
Équipements utilisés par les TAP-SA	TAP-partenaires
Information sur le cadre légal de la prestation de soins	TAP-partenaires
Information sur les marqueurs de performances suivis dans le cadre de la PSA	TAP-partenaires
Notions de travail d'équipe pour l'optimisation d'une intervention avec TAP et TAP-SA	TAP
Information sur les standards minimaux de formation continue pour les TAP-SA	TAP
Information sur l'encadrement clinique particulier des TAP-SA	TAP
Rôle du TAP pour une demande d'assistance de soins avancés	TAP
Information sur l'autorité médicale sur les lieux en présence de TAP-SA	TAP
Information sur le transfert de responsabilité entre le TAP-SA et le TAP	TAP
Information sur les possibilités d'avancement vers un rôle de TAP-SA par les TAP	TAP
Information sur les effets que pourraient avoir les TAP-SA sur le quotidien des partenaires.	Partenaires

**\* Signification des clientèles cibles :**

- « Tous » signifie le public et les partenaires;
- Les partenaires sont : les services de police, les services d'incendie, les infirmières, les médecins, les premiers répondants, les RMU et tous les autres travailleurs concernés par les soins d'urgence.



## Bibliographie

AETMIS. (2005). *Introduction des soins médicaux avancés dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec*. Repéré à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/introduction-des-soins-medicaux-avances-dans-les-services-prehospitaliers-durgence-au-quebec.html>

Association Canadienne de Protection Médicale (ACPM). (2010). *Une culture juste en matière de sécurité*. Repéré à : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2010/just-culture-of-safety-why-protecting-quality-improvement-reviews-is-important-for-everyone>

Bjoernsen, L. P. et Lindsay, B. (2009). « *Video laryngoscopy in the prehospital setting*. » *Prehospital and disaster medicine*, 24(3), 265-270. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00006919>

Boysen P. G., 2nd (2013). « *Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety*. » *The Ochsner journal*, 13(3), 400-406. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776518/>

Collège des médecins. (2013). *L'évaluation de l'acte médical*. Repéré à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf>

Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence et Dicaire, A. Québec (province). (2000). *Urgences préhospitalières : Un système à mettre en place*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000598/>

Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence, Québec (province) (Ouellet), ministère de la Santé et des Services sociaux et Bibliothèque numérique canadienne (Firme). (2015). *Services préhospitaliers : Urgence d'agir : rapport du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence*. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001029/>

Cone, D. C. and Wydro, G. C. (2001). « *Can basic life support personnel safely determine that advanced life support is not needed?* » *Prehospital emergency care: official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 5(4), 360-365. <https://doi.org/10.1080/10903120190939517>

Corporation d'Urgences-santé. (2018) *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics en soins avancés*. Repéré à : <https://www.urgences-sante.qc.ca/direction-medicale-nationalespu/techniciens-ambulanciers-paramedics/soins-avances/>

Dyson, K., Bray, J. E., Smith, K., Bernard, S., Straney, L. and Finn, J. (2016). « *Paramedic Exposure to Out-of-Hospital Cardiac Arrest Resuscitation Is Associated With Patient Survival.* » *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 9(2), 154-160.

<https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.115.002317>

Gawron, V. (2019). *The Doing—A Review of the Skill Retention Research*. Repéré à <https://www.mitre.org/sites/default/files/pdf/pr-16-3426-lessons-lost-the-doing-review-skill-retention-research.pdf>.

LeBlanc V. R. (2009). « *The effects of acute stress on performance: implications for health professions education.* » *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 84 (10 Suppl.), S25-S33.

<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b37b8f>

Lerner, E. B., Weik, T. and Edgerton, E. A. (2016). « *Research in Prehospital Care: Overcoming the Barriers to Success.* » *Prehospital emergency care: official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors*, 20(4), 448-453. <https://doi.org/10.3109/10903127.2014.980480>

Mercer, S. Park T. et Tarmey, NT. (2015). « *Human factors in complex trauma* » *BJA Education*, volume 15, issue 5, October 2015, pages 231-236.

<https://doi.org/10.1093/bjaceaccp/mku043>

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (aucune date). Mobilité des techniciens ambulanciers paramédicaux. Repéré à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/mobilite-de-la-main-d-oeuvre/>

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2011. *Situational Awareness and Patient Safety*. Repéré à : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/search-e?N=10000001+4294967289+10000016&Ns=WCS.Title%7C1>

Sasson, C. and Haukoos, J. S. (2015). « *Is Prehospital Advanced Life Support Harmful?* » *Annals of Internal Medicine*, 163(9), 721-722. doi:10.7326/M15-2192

Université de Montréal. (aucune date). Majeure en soins préhospitaliers d'urgence avancés. Repéré à : <https://admission.umontreal.ca/programmes/majeure-en-soins-prehospitaliers-durgence-avances/>

Voyer, P. (1999). *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*. Presses de l'Université du Québec, 2e édition, 446

Yang, C. W., Yen, Z. S., McGowan, J. E., Chen, H. C., Chiang, W. C., Mancini, M. E., Soar, J., Lai, M. S. and Ma, M. H. (2012). « *A systematic review of retention of adult advanced life support knowledge and skills in healthcare providers.* » *Resuscitation*, 83(9), 1055-1060. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.02.027>





[msss.gouv.qc.ca](https://msss.gouv.qc.ca)